

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

450

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marthe JACQUELIN

Sur le Fonctionnement
pendant une année

D'UN

Dispensaire d'hygiène sociale

Président : M. L. BERNARD, professeur

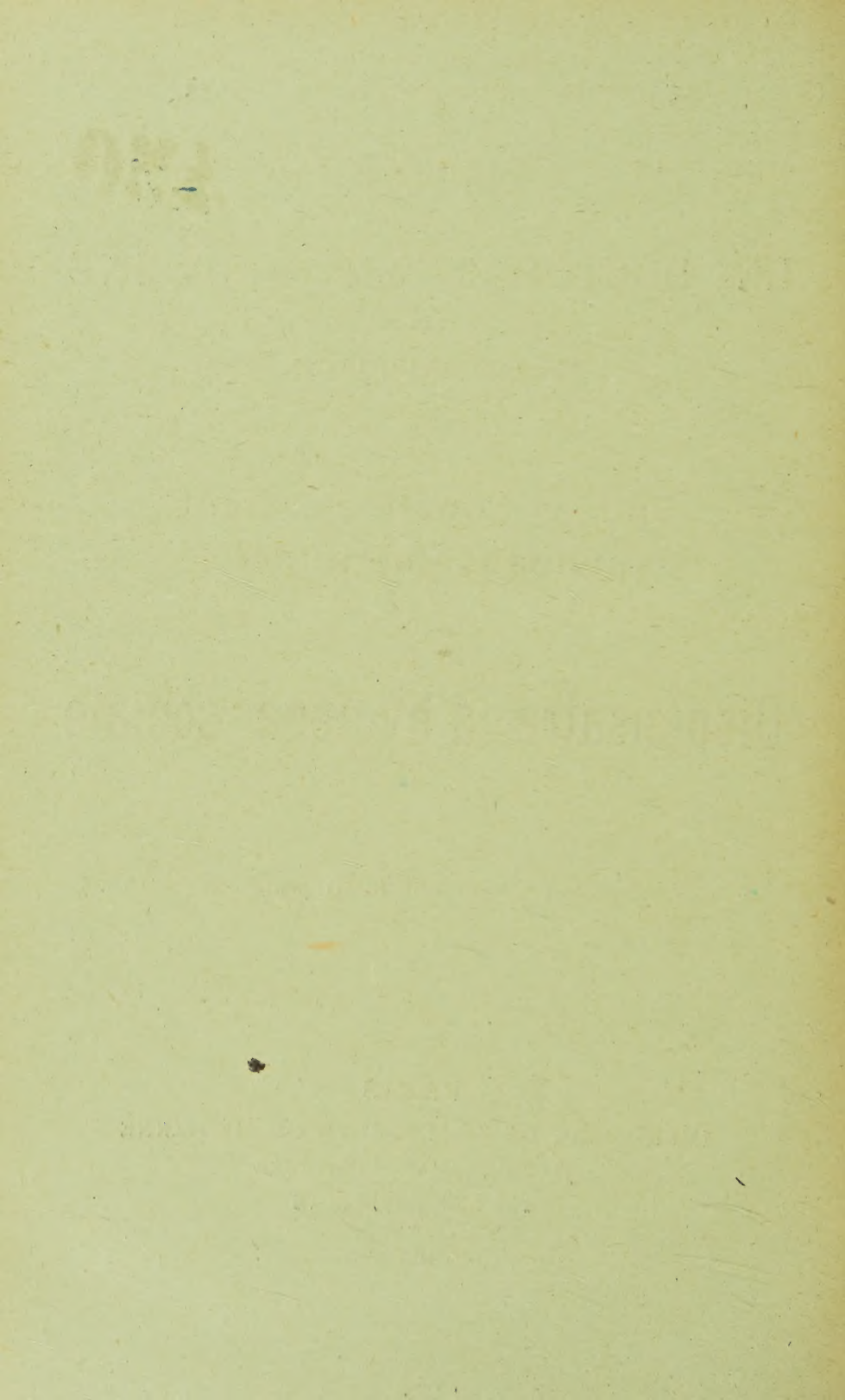
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1921



430

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marthe JACQUELIN

Sur le Fonctionnement
pendant une année

D'UN

Dispensaire d'hygiène sociale



Président : M. L. BERNARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	PIESSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Léon BERNARD

Sur le Fonctionnement pendant une année
d'un
Dispensaire d'hygiène sociale

AVANT-PROPOS

Dès que la notion de contagiosité de la tuberculose fut établie, discutée, puis universellement adoptée, l'idée se fit jour que la meilleure manière de combattre le fléau menaçant était de l'envisager non pas comme une maladie des individus, mais du corps social, et de lui appliquer des remèdes qui dépassaient la thérapeutique individuelle et devaient atteindre la collectivité toute entière.

Il a fallu des années pour que cette conception s'imposât à l'esprit des médecins et des législateurs : c'est l'histoire de cette conquête de l'hygiène sociale que nous croyons utile de retracer brièvement au début de notre thèse.

Nous verrons les efforts des savants, des gouvernants, des bienfaiteurs, se disperser d'abord dans des directions variées et parfois opposées. Puis la guerre imposera l'urgence de solutions énergiques et coordonnées, et peu à peu, au cours d'une évolution encore inachevée d'ailleurs vers la synthèse et l'unification, toutes

les forces actives s'associeront pour réaliser cette conception simple et féconde du dispensaire type Philippe-Calmette avec ses ramifications et ses succursales, qui reste pour tous les hygiénistes modernes la cellule primordiale de la lutte contre la tuberculose.

Ce sont les initiatives privées qui ont les premières tenté d'organiser la lutte contre le fléau.

Ces œuvres cherchaient le plus souvent à soulager la misère du tuberculeux indigent ou nécessaireux — ou bien elles poursuivaient des fins thérapeutiques — d'autres s'attaquaient à l'alcoolisme, au taudis. Bien peu envisageaient la contagion, bien peu cherchaient à instituer l'isolement du malade ou tout au moins son éducation hygiénique. La plupart se bornaient à un rôle encore tout individuel de protection et d'assistance, sans savoir que leurs efforts eussent été mieux employés à la prophylaxie sociale qu'à la charité individuelle.

En réalité avant la guerre, la lutte antituberculeuse se résumait à Paris dans les organisations suivantes :

1° Dans les hôpitaux et hospices de l'A. P., le tuberculeux trouvait, dans des proportions restreintes d'ailleurs, des cités pas toujours isolées, hélas, pour y séjourner au cours des épisodes aigus de sa maladie; à la consultation, des médicaments, mais bien rarement des crachoirs et l'éducation hygiénique nécessaire.

2° La seule organisation officielle, établie non point par l'A. P. — pour qui le tuberculeux semblait un malade comme les autres, justiciable des consultations et

des hôpitaux au même titre qu'un typhique ou qu'un rhumatisant — mais par la ville de Paris au moyen du legs Jouye-Bouve-Tarnier, fut le dispensaire fondé sous ce nom dans le XX^e arrondissement dès 1903.

Plusieurs œuvres privées avaient fondé des centres de traitement ou d'assistance aux tuberculeux. Bien que leurs idées directrices eussent été très diverses, elles ont toutes plus ou moins servi au cours de leur carrière à fixer par l'expérience des points intéressants d'hygiène sociale ou d'organisation antituberculeuse.

Parmi ces œuvres, les plus importantes furent :

L'Œuvre des Tuberculeux adultes, fondée en 1900 par Mlle Chaptal et qui possédait deux dispensaires, l'un dans le XIX^e, l'autre dans le XIV^e arrondissement;

L'Office antituberculeux Siegfried-Bobin, qui fonctionnait à Beaujon en 1905;

L'Association Lalanne-Séailles (dispensaire du XVII^e).

La plupart de ces œuvres ont disparu depuis la guerre, débordées d'une part par le coût croissant des frais de fonctionnement, absorbées d'autre part par l'O. P. H. S., dont la volonté du Conseil général de la Seine fait le centre et l'organe exclusif de la lutte antituberculeuse.

Il convient de réserver une place spéciale à l'Œuvre Grancher, si utile en elle-même, et qui fut de plus une admirable expérience pour l'organisation actuelle du placement familial.

4^o L'Assistance publique, qui sortait difficilement du cadre traditionnel des hôpitaux et des hospices, fut entraînée cependant par l'élan général et créa en 1910

le dispensaire Léon Bourgeois, sur les instances de la Commission permanente de défense contre la tuberculose que présidait M. Léon Bourgeois.

Quelques années plus tard, elle ouvrait dans le II^e arrondissement le dispensaire Omer Talou.

* * *

Malgré ces efforts, malgré qu'on eut nettement, dès cette époque, la conception de ce que devait être la lutte antituberculeuse (1), l'organisation restait encore bien rudimentaire.

La guerre eut cette triste mais heureuse conséquence de poser le problème avec une atroce réalité. L'armée renvoyait dans leurs familles où ils allaient semer le mal, des milliers de tuberculeux réformés et abandonnés à eux-mêmes. Landouzy, de toute son autorité, signala le danger. Dès le 2 avril 1915, la Chambre vota une résolution invitant le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour assurer aux tuberculeux militaires les soins et l'éducation hygiénique avant leur retour dans leur foyer ».

De là sortit la loi du 18 octobre 1915, sur les stations sanitaires, complétée le 21 mars 1916 par une circulaire ministérielle sur l'organisation des comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. Parallèlement, le Service de santé de l'armée organisait aussi la lutte contre la tuberculose : centres

1. Rapport de Léon Bernard et d'Ambroise Rendu sur un projet d'organisation anti-tuberculeuse, 1913.

de triage aux armées et à l'intérieur, hôpitaux sanitaires, le tout fonctionnant en étroite liaison avec les hôpitaux sanitaires et les comités départementaux. Si bien que le tuberculeux enlevé à l'armée par le centre de triage faisait un premier stage dans les hôpitaux sanitaires, puis, si son état le permettait, dans les stations sanitaires, véritables sanatoriums improvisés où l'on pratiquait la cure hygiéno-diététique rationnelle, et où l'on donnait au malade les conseils nécessaires d'hygiène. Celui-ci, à sa sortie, était pris en charge par les comités départementaux, auxquels s'étaient agglomérées des œuvres d'assistance privées : la Protection du réformé n° 2 et l'aide immédiate aux invalides et réformés de la guerre. Le Comité de la Seine divisa le département en 44 secteurs, et du 21 mai 1916 — date de sa création — jusqu'au jour où il fut remplacé par l'O. P. II. S., il assista, médicalement et socialement, 11.340 tuberculeux.

Dans le même temps, les législateurs se préoccupaient d'organiser la lutte antituberculeuse pour l'après-guerre et les Chambres votèrent successivement la loi sur les dispensaires — dite loi Léon Bourgeois, 15 avril 1916 — et la loi Honnorat sur l'organisation des sanatoria, 7 septembre 1919.

L'œuvre antituberculeuse du temps de paix allait donc pouvoir se substituer sans à-coup à celle du temps de guerre. Elle allait même utiliser les cadres déjà dressés sur tout le territoire pour laisser à sa propre organisation le temps de s'échafauder.

Le département de la Seine, justement soucieux de

mettre à exécution les lois sociales qui venaient d'être votées, créa l'Office public d'hygiène sociale, juillet 1918, qui va avoir pour mission d'organiser la lutte dans le département. Cette organisation ne pouvait être confiée à l'Assistance publique dont elle débordait le cadre; il ne s'agissait d'ailleurs pas d'assistance, mais d'hygiène sociale, et tout le monde souhaitait la réunion dans un seul organe administratif de toutes les affaires relatives à la santé publique. Une direction d'hygiène fut créée à la Préfecture de la Seine, s'appliquant à tout ce qui concerne la santé publique, mais qui a trouvé dans le péril tuberculeux sa raison d'être et de s'imposer.

Devant cette unité de programme et d'action, tout tend à se simplifier, l'O. P. H. S. ouvrant largement ses portes à ses devanciers, les accueillit avec libéralité.

Peu à peu, la plupart des dispensaires privés que les soucis croissants de la vie matérielle atteignaient durement, vinrent s'agréger à l'Office.

Dès sa création, celui-ci va couvrir la capitale de dispensaires et ouvrir aussi rapidement que possible des sanatoria, mais il ne peut mener à bien et si rapidement cette œuvre que grâce à l'existence des Comités départementaux auxquels il se substitue, qui lui apportent le squelette de leur organisation et lui cèdent un personnel déjà rompu à la pratique moderne de la lutte antituberculeuse.

C'est ce qui eut lieu en particulier pour le IV^e arrondissement. Trouver un local, l'aménager, former un

personnel, demandait du temps. On eut recours à un compromis. Le professeur Léon Bernard, avec l'autorisation de l'A. P., offrit les locaux du dispensaire Léon-Bourgeois. L'hospitalité que recevait le dispensaire le rendait un peu hybride : logé dans le dispensaire Léon-Bourgeois, il utilisait le personnel de l'Assistance publique pour les infirmiers sédentaires. La direction du service social fut confiée à Mlle Garvin qui venait de faire admirablement ses preuves au Comité national du IV^e.

Ce sont les résultats obtenus pendant cette première année de fonctionnement (oct. 1919-oct. 1920) que nous voulons étudier ici.

Nous avons pu constater la multiplicité des rouages mis en œuvre, les problèmes de tout ordre qui se posaient à chaque instant, les difficultés qu'il fallait sans cesse résoudre. L'œuvre contre la tuberculose est nouvelle, elle étonne, les innovations qu'elle comporte ne sont pas toujours comprises, ni du public ignorant, ni des administrations dont elle dérange la routine, ni des médecins souvent méfiants. Bien que ce fut une année de début et dans une organisation si provisoire, le rendement a été assez important pour qu'on puisse dès à présent en tirer des enseignements utiles à la bonne marche de tout dispensaire.

FONCTIONNEMENT MÉDICAL

Le nombre total des familles examinées et contrôlées a été de 453. Ces familles se composaient dans l'ensemble de 1.268 membres, dont 607 enfants. Par membre, il faut considérer le père, la mère, les enfants et les personnes plus ou moins parentes, mais vivant habituellement sous le même toit, c'est-à-dire aptes à se contaminer.

Il serait à souhaiter que le contrôle s'étendit aux camarades directs d'atelier ou de bureau. Mais étant donnée l'organisation sociale, il faut se borner à l'entourage familial.

Sur ces 453 familles, 215 (comprenant 618 membres et 285 enfants) furent reconnues tuberculeuses, mot d'ailleurs impropre mais qui signifie ici qu'au moins un de leurs membres était atteint de tuberculose évolutive avec bactérioscopie positive, le diagnostic à poser étant non celui de tuberculose acquise, mais celui de tuberculose contaminante du point de vue prophylactique.

	Tubercul.	Non tubercul.	Total
Familles suivies.....	215	238	453
Enfants.....	285	322	607
Autres membres.....	333	328	661
Effectif total.....	618	650	1.268

Le dispensaire est ouvert trois fois par semaine, deux matinées et un après-midi.

Les malades viennent généralement seuls la première fois. Ils sont inscrits sur les registres, interrogés par l'infirmier visiteur qui établit leur fiche. Cette fiche comporte tout d'abord un état civil du malade, sa situation personnelle et familiale, enfin un interrogatoire succinct des principaux symptômes qu'il accuse.

L'établissement et le choix de la fiche sont deux choses essentielles dans le dossier du tuberculeux. Il faut qu'elle soit facile à remplir par celui qui interroge le malade, facile à relire, claire, démonstrative même dans l'avenir pour celui qui devra la consulter.

Le dispensaire s'est servi dans sa première année de fonctionnement des fiches utilisées par l'A. P. au dispensaire Léon-Bourgeois. Une page spéciale était réservée à l'interrogatoire médical de l'infirmière. Sur les feuillets réservés au médecin, se trouvait seulement un schéma pulmonaire, le reste de la feuille ne portant aucune indication. Ces dossiers sont fort peu tyranniques pour le médecin, ils lui laissent toute l'initiative désirable, permettent de suivre le malade comme sur une observation d'hôpital, d'y inscrire des renseignements imprévus et plus complets. Ils ont l'inconvénient de faciliter parfois des oublis ou des négligences et de ne pas obliger à un examen systématique.

Actuellement, et par mesure d'unification, elles sont remplacées par des fiches inspirées des méthodes américaines. La conception en est tout opposée : Elles contiennent un grand nombre de rubriques (sur le tuber-

culieux, ses antécédents, son évolution, ses symptômes, l'état de ses différents organes) qui limitent l'initiative du médecin, mais systématisent son travail. Ce sont des cartes de petit format, fiche médicale, fiches sociales multiples et compliquées et qui sont en remaniement à l'heure actuelle.

Il est difficile de se prononcer dès maintenant sur les mérites respectifs de ces deux systèmes issus de conceptions si différentes et où se révèle l'opposition des tempéraments nationaux.

L'avenir dira si ce dernier modèle adopté est arrivé à son but, qui est de faciliter les travaux de statistique et les études d'ensemble sur la question de la lutte antituberculeuse.

Après interrogatoire de l'infirmière visiteuse, le malade est vu par le médecin qui établit alors la fiche médicale. Il est fréquent que le diagnostic ne puisse être posé à la suite de ce premier examen: il est complété d'une manière systématique par une analyse des crachats et une radioscopie faite par le médecin lui-même au poste radiologique annexé au dispensaire, l'infirmière donne un thermomètre au malade et à la consultation suivante, le médecin ayant à sa disposition les renseignements essentiels qui sont la radioscopie, la bactérioscopie, la courbe de la température et celle du poids, peut, dans la majorité des cas, poser son diagnostic et prendre les décisions adaptées au cas de chacun de ses malades.

Dans un malade qui pénètre au dispensaire, le mé-

decin et son infirmière visiteuse voient tout d'abord une occasion de prophylaxie.

Deux questions se posent donc : que faire pour le malade lui-même ? que faire pour son entourage ?

En d'autres termes, le malade est-il incurable, ou peut-on espérer sa guérison en le plaçant dans les meilleures conditions à cet effet ? D'autre part, peut-on préserver ceux qui vivent avec lui, qu'il risque de contaminer, qu'il a peut-être déjà contaminés ?

En ce qui concerne le malade, ce sont les conclusions tirées de l'examen qui fixent la ligne de conduite. Selon le degré de gravité ou plutôt de curabilité de la lésion, on dirige le malade sur un hospice de tuberculeux ou sur le sanatorium. En cas de doute, on le fait entrer en observation à l'hôpital Laënnec dans les services spécialisés du professeur Léon Bernard. Et voilà un exemple entre tant d'autres de cette collaboration, de cette dépendance étroites qui doivent exister entre le dispensaire et l'hôpital.

Parmi ces 215 familles tuberculeuses suivies pendant une année d'exercice, 126 malades ont été dirigés sur des hôpitaux, 40 ont été envoyés dans des sanatoria ou dans des centres de rééducation agricole.

La décision est simple lorsqu'il s'agit d'individus vivant isolés ; elle est complexe et semble parfois insoluble lorsqu'il s'agit d'un chef de famille gagnant la vie de sa femme et celle de ses enfants. C'est alors qu'intervient la question du placement des enfants si importante au double point de vue prophylactique et social.

Pour les enfants, l'indication était variée :

1^o Les enfants contaminés, contagieux, étaient justiciables de l'hôpital ou du sanatorium, 6 enfants ont été dirigés sur des hôpitaux, 13 ont été confiés à des sanatoria d'enfants ;

2^o La catégorie la plus nombreuse était celle des enfants déjà contaminés, mais qui n'avaient pas dépassé le stade ganglionnaire. Atteints à divers degrés d'adénopathie trachéo-bronchique, il y avait intérêt majeur, d'une part, à ce qu'ils soient sous une surveillance médicale exacte, d'autre part, à les mettre dans des conditions satisfaisantes pour leur guérison rapide et complète.

Ce type de placement a été réalisé par la création du preventorium. Dans son essence, le preventorium est un internal en plein air à la campagne sous une surveillance médicale étroite. Il reçoit les enfants légèrement contaminés auxquels il assure un cours d'étude normal. Il les garde jusqu'à guérison de la poussée ganglionnaire.

Le département de la Seine a organisé au Plessis-Robinson et à Fontaine-Bouillant des preventoriums malheureusement débordés par les candidats. Le dispensaire du IV^e a pu cependant placer 15 enfants, soit dans ces centres, soit dans des preventoriums prévus en liaison avec l'O. P. H. S.

En dehors du preventorium qui réalisait le placement collectif, nous avons largement utilisé — pour les enfants soumis dans leurs familles à un contact tuberculeux — le placement familial d'Arthy et celui de l'Œuvre Grancher.

Mais les besoins grandissants débordent sans cesse les œuvres officielles encore en voie de formation et il faut souvent avoir recours aux œuvres privées pour le placement de nos enfants malingres et chétifs dont le développement physique souffre tant du manque d'hygiène et de propreté des agglomérations des grandes villes. Il faut citer dans cet ordre d'idée l'œuvre de Mme Georges Leygues à Villeneuve-sur-Lot, centre de placement familial où près de 2.000 enfants ont séjourné depuis la guerre, un certain nombre ayant été en quelque sorte adoptés par leur nouvelle famille. Parmi ces 2.000 enfants, 200 presque appartenaient à des familles soignées au dispensaire du IV^e arrondissement.

Avant de terminer ce court chapitre sur le fonctionnement médical, nous voudrions exposer en quelques lignes la question des médicaments au dispensaire telle qu'elle a été appliquée au IV^e arrondissement.

C'est une question doublement discutée à l'heure actuelle : au point de vue médical par certains médecins qui jugent toute thérapeutique inutile, voire nuisible, puisqu'elle peut donner au malade l'illusion dangereuse de guérir à si bon compte ; au point de vue de la déontologie par les médecins, qui reprochent au dispensaire de dépasser son rôle d'organisme de prophylaxie pour empiéter sur celui réservé aux seuls médecins traitants.

En réalité, un des articles de la loi du 15 avril 1916 prévoit « que les dispensaires organiseront pour les malades privés de ressources, d'accord avec les services

locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments » (1).

Il en est ainsi dans la pratique. Les rares ordonnances sont réservées aux indigents qu'il semble vraiment inutile de renvoyer pour cela au médecin de l'assistance.

Quelques sirops calmants, quelques potions toniques et reconstituantes distribuées plutôt pour la satisfaction du malade qu'au point de vue curatif, telles ont été les limites de la médication au dispensaire du IV^e.

Si le malade a besoin d'un traitement plus actif, si des interventions, telle que la ponction évacuatrice, s'imposent, le malade cesse *ipso facto* d'être justiciable du dispensaire et doit être dirigé sur un service hospitalier.

Il faut cependant faire une exception pour les pneumothorax auxquels on peut parfois permettre de faire sous surveillance un travail doux et facile. Ceux-là viennent chercher au dispensaire l'indication de la réinsufflation, mais c'est encore dans les salles de l'hôpital qu'ils subissent leur injection gazeuse.

1. Avec cette restriction que les médicaments sont réservés aux indigents seulement.

FONCTIONNEMENT SOCIAL

A côté de ces envois curatifs ou prophylactiques au sanatorium, au preventorium, à la campagne, il y a pour le dispensaire une autre œuvre à accomplir qui tient à la fois de l'assistance et de l'éducation hygiénique. Un tuberculeux est un être dangereux pour la société, mais il n'est dangereux que par ses bacilles, et si on lui donne les moyens de les détruire, c'est-à-dire un crachoir, un désinfectant et la volonté consciente d'utiliser l'un et l'autre, on supprime en partie la cause essentielle de la contamination.

Les grands agents de dissémination sont les tuberculeux chroniques qui crachent des bacilles sans arrêt. De là viennent les contaminations massives et incessamment répétées. C'est par ce moyen que la famille du tuberculeux s'infecte. C'est par les crachats de sa mère que se contamine le nourrisson.

Il faut donc, dès qu'un tuberculeux est dépisté, lui donner la conviction solide qu'il est un danger terrible pour son entourage, et qu'il peut diminuer de beaucoup ce péril en détruisant soigneusement ses crachats. C'est le rôle du médecin, c'est surtout celui de l'infirmière visiteuse.

De plus, il faut penser que le tuberculeux est un être en état d'incapacité ouvrière au moins relative, qu'il a besoin d'une alimentation abondante, que sa famille souffre souvent de son chômage. De là des distributions de lait, d'œufs, de viande, d'épicerie, de produits en nature. Le principe étant d'éviter, sauf dans des cas spéciaux et bien délimités, les allocations en argent qui atteignent rarement l'intention du donateur et sont sujettes à des virements fâcheux.

Il faudrait — si les conditions actuelles de la vie à Paris le permettaient — s'occuper du logement et de son hygiène. C'est le surpeuplement, a dit M. le professeur Léon Bernard, qui favorise le plus la propagation de la tuberculose et, en multipliant les occasions de contagion et en débilitant la résistance de l'organisme.

Cette tâche essentielle est rendue difficile à l'infirmière par la rareté et le coût croissant des loyers. Il lui faut alors s'ingénier : obtenir le désencombrement du logis, son nettoyage, y introduire le plus d'air possible, un peu plus de propreté sous forme de draps, de linge. L'Office distribue même des lits qui permettraient l'isolement plus facile des adultes et des enfants. Mais là encore l'infirmière est arrêtée par l'exiguité des pièces.

C'est elle encore qui décidera les familles à laisser pratiquer la désinfection par les services municipaux après la mort ou le départ d'un des membres tuberculeux.

Enfin, les données qu'elle établit et où une place importante est laissée à l'étude de l'habitat du tuber-

culeux, peuvent et doivent servir à l'établissement poursuivi par la Préfecture depuis de longues années, du casier sanitaire des maisons de Paris. Il y a des rues et des maisons de tuberculeux. Cette notion doit être un des éléments primordiaux des travaux de voirie et de transformation hygiénique de la capitale.

Tous ces moyens indirects de lutter contre la tuberculose et d'améliorer le sort du tuberculeux ont été mis en œuvre par le dispensaire du IV^e.

Dans cette année 1919-1920, au cours des 4.800 visites faites aux domiciles des malades par les infirmières, il a été distribué dans les différentes familles :

4.065 bons de 1 litre de lait à 0 fr. 90;

4.613 bons de 100 gr. de viande à 0 fr. 60;

550 bons d'épicerie à 5 fr.;

5.540 œufs à 0 fr. 50.

Soit une dépense totale de 11.946 fr. 30.

Cette somme a été fournie, tant par l'Office, que par des dons privés, et par l'Aide immédiate aux Réformés.

Il a été distribué en outre, 40 crachoirs de poche, 28 crachoirs de chambre, 5 stérilisateurs, des draps, des lits et 80 thermomètres.

ROLE DU MÉDECIN DE DISPENSAIRE

Les deux rouages essentiels au bon fonctionnement du dispensaire sont le médecin chef et son infirmière visiteuse. L'idée du dispensaire est en effet de réunir dans une même activité ou sous un même toit l'action médicale dont le point de départ est un diagnostic et l'action sociale dont le point de départ est l'enquête menée par l'infirmière visiteuse.

De cet heureux concours découle, d'une part, le traitement du malade, son éducation hygiénique, son envoi suivant le cas dans un hôpital, un sanatorium, un centre de rééducation ou de travail agricole. D'autre part, la surveillance de la famille, sa réforme hygiénique, l'assistance libérale qu'elle doit recevoir sous toutes ses formes, le placement des enfants, etc.

Le dispensaire exerce une action extérieure à lui-même. C'est à lui que tout aboutit, et les organismes dont il a besoin, sanatoriums, hôpitaux, centres divers, œuvres d'assistance et de placement qui semblent au premier abord plus importants que lui, n'existent que par lui.

Aussi, le médecin qui doit actionner tous ces diffé-

rents rouages assure-t-il un rôle multiple. Il lui faut d'abord une connaissance profonde de la pathogénie des affections pulmonaires. A la base de toute l'activité du dispensaire, est l'acte médical par excellence : le diagnostic, et il doit être bien fait pour que tout marche bien.

Il doit prendre un intérêt actif au travail social de ses infirmières. Il doit les guider, les suivre, les conseiller. L'infirmière ne doit jamais avoir le sentiment que son travail est inutile au médecin, qu'il s'effectue à côté ou en dehors de lui, mais bien au contraire celui d'une collaboration active essentielle au fonctionnement du dispensaire.

A ces qualités professionnelles, il lui faut joindre l'autorité et la sympathie afin que le malade se plie docilement à toutes les nécessités qu'imposent non seulement son intérêt personnel, celui des siens, mais celui de la collectivité tout entière menacée par le fléau. Le tuberculeux est toujours un malheureux. Même si la forme dont il est atteint lui permet de vivre et de travailler, il sera toujours une sorte d'infirme. La plupart du temps, c'est au prix de la gêne, de sacrifices de toutes sortes que le tuberculeux installe sa nouvelle vie. C'est au médecin qu'appartient en dernière analyse la solution de tous les problèmes qui se posent — pauvres problèmes de vie médiocre le plus souvent. Il faut que le médecin ait toujours en vue la solution pratique, qu'il voit toute une famille à protéger derrière le malade que sa maladie condamne, pour lequel il n'y a souvent qu'à organiser une agonie lente et tran-

quille, mais qui doit ignorer le verdict et qu'il faut jusqu'au bout consoler.

Parmi les attributions diverses qui incombent au médecin de dispensaire, l'une des plus délicates à l'heure actuelle est peut-être la question de ses rapports avec les médecins praticiens. Nul n'ignore les dissentiments qui se sont élevés récemment entre les Syndicats médicaux et l'Office public d'Hygiène sociale. Lorsque la création des dispensaires d'Hygiène sociale fut décidée, l'opposition qui s'était élevée localement contre les consultations antituberculeuses organisées dans divers arrondissements devint aiguë et généralisée. Les médecins et leurs organisations corporatives virent dans les dispensaires annoncés une atteinte directe à leurs intérêts matériels et moraux et les syndicats médicaux se déclaraient d'emblée en lutte ouverte avec l'organisation projetée.

L'administration voulut à juste titre apaiser cette animosité, et quand il fut question du recrutement du corps médical des dispensaires, elle invita les Syndicats médicaux à adresser des propositions de candidatures aux dispensaires et à désigner des représentants pour faire partie des commissions chargées de l'examen de ces candidats.

L'invitation de l'administration préfectorale fut reçue plus que froidement par les syndicats dont les prétentions dépassaient de beaucoup les intentions de l'Administration. A l'exception d'un seul — le Syndicat de

Médecine sociale — tous refusèrent. Et en juin 1919, ces syndicals joignaient au refus adressé au Préfet un rapport du Dr Lafontaine qui avait été adopté par l'Assemblée générale et dont les conclusions méritent de nous arrêter un instant.

1^o Le dispensaire sera un dispensaire de prophylaxie et d'assistance. Il ne donnera pas de soins autres que ceux qui ne peuvent pas être donnés par les médecins praticiens.

Sur ce premier point, tout le monde est d'accord, et il faut enregistrer l'aveu plein de lucidité que les médecins praticiens ne sont armés ni pour la prophylaxie ni pour l'assistance. Ils ne sauraient réaliser une enquête sociale sérieuse. Ils ne peuvent pas pratiquement assurer l'envoi des malades dans un sanatorium, le placement des enfants, l'assistance à la famille, toutes choses qui demandent un plan d'ensemble et une organisation sociale.

2^o Le dispensaire ne sera ouvert qu'aux malades adressés par les médecins de la circonscription et pour examen, dépistage, enquête, aux personnes de l'entourage des malades, sur-liste donnée par le médecin après une enquête faite de concert avec l'infirmière visiteuse.

On est forcé de ne pas se rallier ici à la conception du rapporteur. Il est impossible pour une œuvre sociale de l'urgence et de l'importance de la lutte antituberculeuse, de limiter le dépistage du tuberculeux aux seuls médecins praticiens. Que ferait-on alors pour tous les tuberculeux sortant des hôpitaux, pour tous les enfants envoyés par les médecins scolaires, pour la foule

des malades indigents qui n'ont jamais eu de médecins traitants et qui viennent au dispensaire attirés par les affiches, amenés par l'infirmière et plus souvent encore sur le conseil d'autres malades qui y sont déjà suivis.

3^o Le dispensaire sera dirigé par un médecin-chef nommé par le Conseil d'Administration sur la désignation du Syndicat médical...

4^o Le Conseil d'Administration sera composé par 1/3 des représentants nommés par l'Etat, par les œuvres privées, par le Syndicat médical.

Ces deux articles sont en contradiction absolue avec les idées qui ont prévalu au Conseil général et à la Préfecture, en ce sens qu'ils retirent à l'administration, sans d'ailleurs le donner aux Syndicats, le contrôle du dispensaire. Ils font de plus intervenir dans ce contrôle des œuvres privées que l'administration désire précisément voir se ranger sous ses directions générales.

C'est là qu'est le malentendu le plus évident. Un syndicat de médecins a le devoir de protéger la situation matérielle et l'autorité morale de la corporation. L'Etat a le devoir de sauvegarder la collectivité. Les intérêts privés ou corporatifs ont pour limite stricte l'intérêt général, et tous les actes gouvernementaux sont des diminutions de liberté et de puissance pour les citoyens ou pour les corps de métiers.

La seule question qui se pose est de savoir si la gêne ou le sort apporté au citoyen est justifié par le bien de tous.

Dans le cas présent, le danger auquel doit remédier

L'organisation antituberculeuse est assez évident pour légitimer les lois dont se plaint la corporation médicale. Il faut que la nation soit sauvée de la tuberculose. Pour cela, il faut appliquer un ensemble de mesures, une méthode, un plan, un système prophylactique complexe et dont tous les rouages sont solidaires. Ce n'est qu'une organisation administrative qui puisse avoir le moyen et le pouvoir d'y arriver, et cette organisation doit seule choisir ses collaborateurs et ses agents d'exécution.

Nous sommes persuadés que les médecins finiront par comprendre ces vérités évidentes. Leur domaine, la thérapeutique, les soins généraux, reste assez grand et assez fructueux. Qu'ils abandonnent au nom du péril social la prophylaxie à l'Etat : ni leur pratique ni leurs intérêts ne sauraient en souffrir.

Le médecin de dispensaire garde d'ailleurs dans ce système des obligations et des devoirs vis-à-vis de ses confrères. Il doit notamment veiller aux enquêtes sociales faites par l'infirmier afin que tout malade — non indigent — les conseils d'hygiène lui étant donnés, son diagnostic étant précisé, soit renvoyé à son médecin traitant.

Au dispensaire du IV^e, on s'est toujours efforcé de concilier les obligations du médecin-chef avec les obligations déontologiques. Outre que le dispensaire était ouvert à tous les médecins qui venaient le visiter, ou amener des malades, la règle générale était de servir toujours le médecin traitant au moment des examens faits et des diagnostics établis. Ainsi naissaient entre

le médecin de dispensaire et ses confrères des rapports courtois et confiants dont bénéficiaient non seulement les malades et le médecin, mais l'œuvre de prophylaxie antituberculeuse elle-même.

RECRUTEMENT DES MALADES

On peut se demander comment, dans une première année de fonctionnement, dans une installation si provisoire, avec une publicité si restreinte au début, le dispensaire du IV^e a pu assurer son recrutement d'une manière aussi satisfaisante.

Tout d'abord, les réformés de guerre, qui formaient la clientèle du Comité départemental, ont été pris en charge par le dispensaire du IV^e et ce noyau déjà important a grandement servi à la propagande et au recrutement.

Quelques médecins de l'arrondissement ont compris l'utilité de notre œuvre et y ont envoyé des tuberculeux. Enfin, les hôpitaux, quelques dispensaires privés, ont aidé à notre recrutement qui est maintenant assuré par la propagande des malades et par l'initiative des infirmières.

Un journal multiplia considérablement la fréquentation des dispensaires par une réclame encore plus active. Mais avant tout autre chose, il faudrait commencer le recrutement par les malades les plus gravement atteints : ceux qui sortent des hôpitaux.

Actuellement encore, un certain nombre de services

hospitaliers reçoivent au milieu des malades de toute nature les tuberculeux qui n'y sont pas isolés, sans souci d'éviter la contamination que répand avec abondance le tuberculeux cavitaires. Il y a peu de services aussi où l'on s'inquiète de ce que peut devenir le tuberculeux renvoyé « guéri ». On lui signe son bulletin de sortie, ou bien on l'envoie dans un asile de convalescents d'où il sortira quelques semaines plus tard avec la même ignorance de la conduite à tenir.

Tous les jours, des centaines de tuberculeux sont ainsi rendus à la vie civile sans que personne se soit occupé de l'évolution fatale de leur affection, ni de la contamination possible de leur famille. Ce qui se passe dans les hôpitaux officiels se répète dans les hôpitaux et les œuvres privées, dans les consultations et les cliniques de tout ordre où passe épisodiquement le tuberculeux.

C'est ce manque de liaison entre les services de l'A. P. et ceux de l'Office qu'il faut déplorer. Pourtant, cette question est à l'étude; l'Assistance se préoccupe de la création d'un service social qui fonctionnerait dans chaque hôpital et dont l'une des attributions serait l'envoi systématique au fichier central de l'Office du nom et de l'adresse de tout tuberculeux sortant de ses services. L'Office distribuerait ses renseignements entre les différents dispensaires, qui à son tour déclancherait par l'intermédiaire d'une infirmière visiteuse tout le système de la prophylaxie familiale.

Une autre source importante du recrutement du dispensaire devrait être l'enfant d'âge scolaire. Il faut que

le médecin inspecteur des écoles, qui a la tâche et l'occasion si fréquente de dépister chez l'enfant des tuberculoses au stade ganglionnaire, soit assuré de trouver au dispensaire de son arrondissement, non seulement la confirmation de son diagnostic par les rayons X et la bactériologie, mais encore de réaliser cette enquête sur le milieu familial qu'il n'est pas en son pouvoir de faire tant qu'il ne sera pas secondé par une infirmière scolaire.

L'enfant peut être en effet un guide précieux pour dépister tout un foyer de contamination. Et cette œuvre prophylactique ainsi déclanchée par le médecin scolaire sera d'autant plus intéressante à mettre en œuvre qu'en l'espèce il s'agit d'enfants dont il est souvent facile d'arrêter l'évolution à ce stade d'adénopathie trachéo-bronchique.

Mais là encore tout est laissé à l'initiative personnelle des médecins et il n'existe aucun lien officiel entre les deux administrations.

* * *

Cette absence de liaison entre les différents services n'est pas seulement nuisible au bon fonctionnement du dispensaire, elle est plus encore préjudiciable au malade qui perd en passant d'un service à l'autre tout le bénéfice des examens antérieurs, d'un diagnostic parfois difficilement établi.

Cette difficulté trouverait une solution facile dans la création d'un dossier sanitaire individuel qui serait le carnet du tuberculeux; il existerait en double: un

exemplaire resterait au dispensaire, l'autre suivrait le malade dans ses multiples pérégrinations.

Pour que l'aide donnée par la société au tuberculeux ait son maximum d'efficacité, il faut qu'il n'y ait jamais d'interruption dans les soins et la surveillance qu'on lui donne, dans l'assistance qu'on lui prête.

Or, à l'heure actuelle, les malades passent d'hôpitaux en hôpitaux, de consultations en consultations, sans porter avec eux traces des soins et des examens dont ils ont été l'objet. Temps perdu, travail perdu. Malgré quelques tentatives de rapprochement, il faut avouer qu'en fait les services s'ignorent. Un malade dirigé sur l'hôpital par le dispensaire pour soigner un épisode aigu de sa maladie ou pour préciser un diagnostic encore incertain, fera au bout de quelques mois sa réapparition au dispensaire sans apporter aucun renseignement nouveau sur les résultats des examens du laboratoire pratiqués, sur les signes cliniques qu'il a présentés, sur le diagnostic plus précis que le médecin a pu poser après une observation prolongée.

Pour que le tuberculeux soit suivi en connaissance de cause, pour qu'on ne répète pas des examens inutiles, pour qu'on applique en temps voulu les remèdes nécessaires, il faut que le tuberculeux emporte avec lui la copie de son dossier.

Cette conception a été appliquée, pour les mêmes raisons, pendant la guerre, aux syphilitiques et aux paludéens, il faut qu'elle le soit aux tuberculeux.

On peut concevoir de différentes manières le nombre et la nature des renseignements fixés dans ce carnet

qui suivrait le tuberculeux dans tous les dispensaires sanatoriums, hôpitaux, centres divers où le conduiront les indications de son traitement.

* * *

Nous avons décrit dans les pages précédentes le fonctionnement d'un dispensaire d'hygiène sociale. Nous avons montré le travail accompli et énuméré quelques améliorations qu'il faudrait apporter à l'œuvre anti-tuberculeuse.

Nous voudrions maintenant, quittant le présent, susciter les problèmes variés que nous a suggérés notre étude d'une année, au contact permanent des malades, entendant leurs plaintes, leurs doléances, témoin des difficultés de leur vie et des impossibilités de toute nature que l'on éprouve souvent à les soulager.

Une pensée vient tout d'abord à l'esprit : quand, par la propagande éducative, par l'éveil de l'opinion du public et des médecins, par l'organisation des liaisons nouvelles entre les hôpitaux, les écoles, les collectivités et le dispensaire, quand le dispensaire marchera à plein rendement, que fera-t-on des malades qu'il faudra placer, que fera-t-on de leur famille à isoler et à soutenir matériellement ?

Etudions d'abord le placement des malades eux-mêmes. Ceux qui doivent être hospitalisés trouvent rarement des places dans les services spécialisés. On les garde pour un temps dans des services de médecine générale où ils ne provoquent que bien passagèrement l'intérêt du chef de service et de son interne, et d'où il

leur faut bientôt partir, cédant la place à de nouveaux arrivants.

Il ne peut être question ici de l'hospitalisation à domicile : le tuberculeux précisément est le seul malade qui ne puisse être renvoyé dans sa famille qu'il contaminerait fatalement.

Il est donc indispensable d'augmenter dans de grandes proportions les lits des tuberculeux. Il faut que les services spécialisés soient plus nombreux, il faut étendre à tous les hôpitaux le système du quartier du tuberculeux. Si la place manque à Paris, il faut créer hors de la ville des hôpitaux sanitaires assez vastes pour que la capitale puisse y envoyer tous ses malades. L'idéal serait que tout tuberculeux contagieux pût être isolé et que tout tuberculeux qui demande à être hospitalisé le soit sans difficulté.

L'état des choses est le même pour les sanatoria et nous entendons bien souvent les doléances des malades qui se plaignent de la longue attente qui leur est imposée avant leur admission ; le cas est surtout fréquent pour les femmes qui, plus libres ou plus dociles, acceptent plus facilement que les hommes l'envoi en sanatorium.

Pour les deux sexes d'ailleurs et surtout pour les femmes qu'anémie le double travail de l'atelier et de la famille, il serait désirable que fussent créées des stations de repos où elles pourraient refaire leur santé et leur résistance et éviter peut-être une contamination tuberculeuse ultérieure : non pas des stations d'oisiveté où elles apprendraient la paresse et le parasitisme

d'état comme trop de réformés l'ont fait pendant la guerre, mais station de cure d'air, de rééducation hygiénique, de travail modéré où elles devraient suffire presque entièrement à leurs besoins.

Quant aux enfants, qui sont la graine à sauver, il faut poursuivre l'effort déjà fait. Le placement familial nous a donné d'admirables résultats, placements rapides aussi nombreux qu'on a pu le désirer, et dont les principaux sont pour l'Office :

Orthy pour les enfants de trois à douze ans ;

Mainville, Remarday, Salbris, pour les nourrissons et jusqu'à l'âge de trois ans.

Mais la question devient plus difficile pour l'enfant lorsque le parent contagieux est mort ou que l'enfant évolue pour son propre compte dans une famille saine jusqu'alors. Les preventoria sont débordés : il faut actuellement plusieurs mois d'attente pour qu'un sujet admis au preventorium puisse y trouver sa place. Pendant ce temps, la tuberculose qui était encore au stade ganglionnaire évolue et l'enfant n'est plus dans les conditions normales d'admission. C'est dire que l'adénopathie trachéo-bronchique doit être soignée par l'envoi immédiat au preventorium. Comme le disait Grancher, « pour combattre victorieusement la tuberculose, il faut la devancer et non la suivre ».

Nous savons qu'on a préconisé diverses solutions pour l'avenir du tuberculeux, dont la plus séduisante est le retour à la vie rurale. L'installation d'un tuberculeux de

la ville à la campagne réalise en effet pour lui un progrès presque décisif. Il est dans d'excellentes conditions pour guérir. Ses enfants retrouvent une résistance qui diminue leur chance de contamination, mais que de difficultés pratiques ! C'est là le problème quotidien du dispensaire.

Il faut que cet homme abandonne son métier, son milieu, ses habitudes. D'autre part, qu'il trouve dans un endroit approprié, où il n'a jamais été, une installation convenable et surtout qu'il y retrouve la possibilité d'exercer son métier s'il en est encore capable.

Et les questions se posent pour les siens comme pour lui-même. Les métiers des villes, surtout ceux des femmes, sont rarement les mêmes que ceux des campagnes. Que peut faire aux champs un électricien dont la femme travaille dans la chaussure et dont la fille est dactylographe ? Il y a, il est vrai, les écoles de rééducation, mais elles ne furent jamais qu'en nombre limité. D'ailleurs, la science rurale qu'on y enseigne aux malades est dans bien des cas rudimentaire. Faire des paniers, élever des abeilles, ce sont évidemment des métiers, mais aussi compliqués à exercer à la campagne que ceux des ouvriers spécialisés des villes : car aux champs le paysan ne peut vivre de sa terre qu'avec beaucoup de travail et en sachant beaucoup de métiers.

La rééducation agricole doit rendre cependant des services, mais à condition d'être appuyée d'un bureau de placement bien renseigné, ayant beaucoup de moyens d'action, ce qui manque totalement à l'heure actuelle.

En dehors de ces difficultés d'ordre matériel, la ques-

tion du retour aux champs en soulève d'autres : est-il prudent d'envoyer un bacillaire, même hygiéniquement éduqué, travailler dans une famille de paysans ? N'est-ce pas aussi une grave responsabilité que de le priver pratiquement de toute surveillance médicale ?

La solution idéale serait celle qui, dépassant les cas individuels, réglerait la question pour une collectivité de tuberculeux. Elle trouverait sa réalisation dans la création du village sanitaire dont la conception fut déjà entrevue pendant la guerre par le Dr Paul Cautonnet.

Là, dans des maisons hygiéniquement installées, à population restreinte, seraient envoyés des tuberculeux aptes à un travail modéré. Là pourraient aller les ménages de tuberculeux que l'organisation actuelle sépare. A côté du travail agricole parfois trop pénible, et auquel les citadins s'adaptent mal, on pourrait adjoindre une production industrielle bien choisie, qui permette un rendement satisfaisant pour un travail facile : ce système est déjà appliqué dans les prisons où des individus très différents comme aptitudes fournissent une main-d'œuvre assez rémunératrice et peu fatigante.

Il est certain que les malades seraient plus heureux et d'un entretien moins coûteux dans des villages modèles que dans les sanatoria où la vie est souvent si triste. Le sanatorium est un excellent instrument thérapeutique. Il fait des guérisons remarquables et il en fera d'autant plus que le dépistage de la tuberculose sera plus perfectionné. Mais son recrutement, étendu à toutes les catégories de tuberculeux, tel qu'on le pra-

tique souvent encore, ne peut donner dans la totalité que des résultats médiocres.

L'envoi à la campagne, non plus du tuberculeux seulement, mais de toute sa famille, apporterait une solution beaucoup plus générale et beaucoup plus praticable et opérante.

En supposant enfin résolue la question des soins et du placement du malade, il reste à considérer l'avenir de sa famille. Il ne peut y avoir de lutte antituberculeuse efficace sans que la famille du malade que l'on va isoler ne soit assistée moralement et matériellement.

M. Mourier avait déposé en 1919 un projet de loi sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, dont le corollaire était l'assistance aux familles des tuberculeux. Cette loi ne fut pas même discutée, emportée par la disparition de la Chambre et du ministère. A l'heure actuelle, la question trouve une solution facile dans ce fait que le tuberculeux est dans la majorité des cas un réformé de guerre. Réformé n° 1 à 100 0/0, il touche une pension d'environ 3.500 francs, ce qui est un sérieux appoint au budget familial. Mais dans peu d'années, combien restera-t-il des réformés d'aujourd'hui, et les tuberculeux que les dispensaires vont sans cesse dépister dans la population purement civile pourront-ils être enlevés à leurs familles pour être soignés dès le début de leur évolution, s'ils se voient contraints d'aban-

donner leur travail et de laisser leur famille dans le besoin.

Ce projet de loi sur la déclaration obligatoire découvre encore une autre face du problème. Quel sera l'avenir du tuberculeux dont nul n'ignore plus le mal ? Il faut savoir que la campagne antituberculeuse est en train de créer dans le pays des notions nouvelles, mais souvent incomprises, sur le péril tuberculeux. Toutes proportions gardées, la tuberculose apparaît à beaucoup comme apparaissait la lèpre aux populations du moyen âge. Si cette idée peut avoir des résultats féconds en donnant une force inattendue aux mesures imposées, elle peut devenir un obstacle pour la vie sociale du tuberculeux. Il arrive souvent déjà dans les dispensaires que les malades viennent nous demander un certificat constatant qu'ils ne sont pas contagieux, certificat réclamé par des patrons qui ont appris leur fréquentation au dispensaire.

Bientôt, ces cas se multiplieront, et s'il peut encore aujourd'hui dissimuler son mal, quelle sera sa situation, quelle sera celle de sa famille si la déclaration de la tuberculose devient obligatoire et est suivie de mesures de désinfection et de prophylaxie automatiques, si l'assurance obligatoire contre la maladie qui soulève tous les voiles du secret professionnel vient révéler à tous le nom du tuberculeux jusque-là ignoré ?

Tous ces facteurs vont accroître dans des proportions insoupçonnées le nombre des individus auxquels s'appliqueront les lois d'hygiène sociale. La question de leur placement, celle surtout du sort de leur famille n'a

pas encore été résolue d'une manière définitive. Il faut pourtant qu'elle le soit si on veut que les efforts faits jusqu'ici portent leurs fruits.

Dans une organisation aussi complexe que la lutte antituberculeuse, tout se tient et le système entier s'arrête et n'opère plus si un rouage quelconque cesse de travailler à l'œuvre commune. Le jour où le malade que nous voudrions isoler ou rééduquer, nous demandera de le rassurer sur le sort qui attend sa famille et que nous ne saurons que répondre, quel sera l'avenir de la lutte antituberculeuse, quel sera l'issue de ce combat où nous irons les mains désarmées ?

Il apparaît donc urgent que les pouvoirs publics s'émeuvent d'une situation qui peut paralyser la lutte antituberculeuse, et se hâtent de parachever l'édifice des lois sociales par le vote de la loi sur l'assurance obligatoire contre les maladies qui, seule, peut apporter la solution complète au problème de la lutte antituberculeuse : soins au tuberculeux, secours à sa famille, protection à la société.

CONCLUSIONS

Les conclusions pratiques tirées de l'étude d'un dispensaire et inspirées des difficultés d'ordre divers qu'on rencontre dans son fonctionnement sont :

1^o Que des facilités plus grandes soient données au tuberculeux et à sa famille d'une réadaptation à la vie et aux métiers agricoles par la multiplication des centres de rééducation à la vie rurale, par la création d'offices de placement et l'aménagement de locaux hygiéniques ;

2^o La création d'un carnet médical du tuberculeux est le seul moyen d'éviter la multiplicité inutile des examens et surtout de permettre au médecin de suivre l'évolution clinique du malade à travers les dispensaires, hôpitaux, sanatoria où le conduisent sa maladie. Ce carnet serait d'un grand intérêt dans l'étude de la marche de certaines poussées de tuberculose et compléterait l'étude statistique que veut ébaucher la fiche médicale actuellement en service dans les dispensaires ;

3^o Les liens déjà existants entre l'A. P. et l'O. P. H. S. doivent être multipliés. En particulier, il faut arriver à ce que tout tuberculeux, le jour de sa sortie d'hôpital, soit automatiquement signalé au fichier central de l'Of-

fice, qui se chargera d'aviser le dispensaire d'arrondissement;

4° La liaison doit être assurée aussi entre l'administration des Ecoles et celles de l'Office pour l'examen médical complémentaire des enfants suspects de tuberculose envoyés par le médecin scolaire et pour le dépistage par l'infirmière visiteuse des foyers de contamination familiale;

5° Le fonctionnement actuel du dispensaire fait prévoir dans un avenir proche des difficultés matérielles de placement et d'assistance. Les pouvoirs publics doivent les prévenir en multipliant les œuvres déjà existantes et en organisant l'assistance à la famille du tuberculeux que la société aura pour charge d'aider et d'éduquer.

Vu : le président de la thèse,
L. BERNARD

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

